

ANA CARLA SANTOS

**ALTERAÇÕES MAMÁRIAS NAS PACIENTES
DO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

SANTA CATARINA

1999

ANA CARLA SANTOS

**ALTERAÇÕES MAMÁRIAS NAS PACIENTES
DO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso de Medicina: Prof. EDSON JOSÉ CARDOSO

Orientador: Prof. AFONSO M. B. DA SILVA

Co-orientador: Prof. RENATO SALERNO WILKENS

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

1999

Santos, Ana Carla

Alterações mamárias nas pacientes do Serviço de Mastologia do Hospital
Universitário / Ana Carla Santos. - Florianópolis, 1999.
27p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em Medicina.

Título em inglês: Breast disorders in the patients of University Hospital
Breast Clinic.

1.Epidemiologia. 2. Doenças Mamárias. 3. Neoplasias Mamárias.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pois nos momentos mais difíceis, somente a fé em algo maior nos sustenta.

Aos meus pais, JOSÉ CARLOS DOS SANTOS E BELINHA BONIN DOS SANTOS, incentivadores incansáveis em todos os momentos, pelo amor e dedicação dispensados à família, por todos os princípios de vida que me ensinaram e por todas as oportunidades.

Ao meu namorado, ANGELO F. MARTINS. Nem mil “obrigadas” seriam suficientes por toda a ajuda, principalmente com o “computador”, por todo incentivo, pelo amor e generosidade, mas principalmente por estares ao meu lado nessa caminhada.

Aos meus irmãos, RAFAEL SANTOS E ALESSANDRO SANTOS, pela nossa união.

Ao Prof. Dr. AFONSO M. B. DA SILVA, pelas orientações, pela tranquilidade e confiança transmitidas.

Ao Prof. Dr. RENATO S. WILKENS, pelas orientações e a todos os médicos do Serviço de Mastologia do HU, que nos orientaram no ano 1999 nos ambulatórios, pois foi a partir daí que a idéia surgiu.

Aos funcionários do SAME – HU pela ajuda na busca dos prontuários.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	04
2. OBJETIVO	09
3. MÉTODO	10
4. RESULTADOS	12
5. DISCUSSÃO	15
6. CONCLUSÕES	21
7. REFERÊNCIAS	22
RESUMO	25
SUMMARY	26
ANEXO	27

INTRODUÇÃO

A mama é um órgão que se desenvolve devido a estímulos hormonais na puberdade. Na fase de desenvolvimento, dos 15 aos 25 anos de idade, ocorre a adição das estruturas lobulares ao sistema de ductos. Contudo o desenvolvimento completo dar-se-á apenas com a gestação a termo, onde as glândulas aumentam de tamanho e adquirem a capacidade de secreção. Após o período de desenvolvimento, a mama sofre alterações devido às variações hormonais cíclicas. Dos 35 aos 55 anos, a estimulação hormonal diminui, ocorrendo uma atrofia lobular, o que resulta em involução¹. É quase certo que durante todo esse ciclo de desenvolvimento-involução a mulher experimentará algum sintoma, como dor, ou observará algum sinal, como nodularidade, nódulos isolados, ingurgitamento mamário ou derrame papilar, que podem ou não significar doença, mas que trarão ansiedade a maioria das mulheres.

Várias patologias, a maioria delas benignas, atingem a mama. No entanto o câncer de mama é a patologia mais preocupante, tanto para os médicos quanto para as pacientes, não só pela agressividade dessa neoplasia, mas também pelas alterações físicas e psicológicas que um tratamento agressivo pode trazer para a vida dessas mulheres.

Entre as neoplasias malignas, o câncer de mama ocupa o terceiro lugar em frequência nos países desenvolvidos, sendo 500.000 casos novos por ano, ficando atrás apenas do câncer de pulmão e de reto, já nos países em desenvolvimento ocupa a quarta posição, com 300.000 novos casos por ano². O câncer de mama é considerado um problema de saúde pública nos EUA e na maior parte da Europa Ocidental. Na década de setenta a expectativa era de um caso de câncer entre cada treze mulheres, em oitenta passou para um em cada

onze, sendo que uma entre cada nove mulheres desenvolverá a doença nos EUA no final dos anos noventa. Em 1997, a prospectiva eram de 180.200 mulheres diagnosticadas com câncer de mama nos Estados Unidos e 43.900 mortes foram projetadas³. Para o ano 2000 são estimados 984.000 novos casos em todo mundo⁴.

Apesar da incidência do câncer de mama ser maior em países desenvolvidos, ela também vêm aumentando nos países em desenvolvimento, sendo que a incidência na Nigéria em 1976 era 15.3 por 100.000 mulheres, mas aumentou para 33.6 por 100.000 em 1992⁵. O aumento da incidência pode ser maior se considerarmos o difícil acesso destas pacientes aos serviços médicos, a ausência de um programa de rastreamento e o baixo nível socioeconômico e cultural dessa população.

No Brasil, o câncer de mama apresenta grandes diferenças regionais. A taxa de incidência, por 100.000 mulheres em 1997, deste câncer na região Nordeste foi de 40,5, com 8770 novos casos por ano, semelhante a região Sudeste com 12885 (40,3). Já na região Sul foram 8250 novos casos, com a maior taxa nacional (74,0). As regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram as menores taxas (respectivamente, 22,0 e 36,4)⁶.

É evidente um aumento persistente da incidência do câncer de mama, no entanto as taxas de mortalidade mantêm-se constantes. Isso reflete, em partes, uma incapacidade de diagnosticar o câncer de mama precocemente, uma medida que reduziria significativamente a mortalidade.

No tocante a idade, o aumento da incidência dá-se, progressivamente, a partir dos 30 anos, sendo que 85% das mulheres afetadas pela neoplasia têm idade superior a 40 anos. Antecedente de câncer de mama ou ovário entre familiares de primeiro grau, assim como exposição prolongada a estrógenos endógenos, como na menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa tardia, nuliparidade aumentam o risco de neoplasia de mama^{7,8}. O uso de estrógenos

exógenos, associados ou não a progesterona, parecem aumentar o risco relativo de câncer de mama, principalmente entre mulheres com mais de 55 anos de idade⁹.

A maioria das mulheres, no entanto, apresentam alterações mamárias de caráter benigno. Em 1987, Hughes e Mansel introduziram uma nova nomenclatura para as alterações benignas da mama: ANDI (Aberração do Normal Desenvolvimento e Involução), baseando-se no fato de que a maioria das desordens benignas da mama são devido a alterações nos processos de desenvolvimento normal da mama, na resposta hormonal cíclica e na involução¹. Para esta mesma condição, na Primeira Reunião de Consenso em Mastologia, 1996, foi proposta a terminologia Alterações Funcionais Benignas da Mama (AFBM), sendo que a importância reside na alta frequência destas alterações e na associação de algumas formas de apresentação histológica, como as hiperplasias e o papiloma, com o aumento do risco de câncer de mama. A tríade de sintoma das AFBM é: dor, tumor e derrame papilar.

A mastalgia é um sintoma muito frequente, alcançando uma prevalência de 45 a 70% das mulheres^{10,11}, e pode estar acompanhada de nodularidade e/ou ingurgitamento mamário. Das mulheres afetadas, metade procuram alguma orientação, com algum profissional da saúde¹².

A maioria das mulheres apresentam mastalgia cíclica, geralmente durante a fase lútea do ciclo menstrual, onde ocorre o aumento de secreção da progesterona, a qual torna os lóbulos mamários mais desenvolvidos. Ocorre provavelmente, um efeito sinérgico entre estrogênio e a progesterona na segunda metade do ciclo, aumentando a proliferação dos lóbulos mamários. A retenção hídrica causada pelo estrogênio também colabora para a dor mamária.

Em cerca de 10 a 15% das pacientes ocorre uma mastalgia severa, com duração maior que uma semana e forte intensidade, que chega a interferir nas atividades diárias e relacionamentos, afetando a qualidade de vida dessa

paciente. A remissão espontânea freqüentemente ocorre, mas algumas mulheres experimentam mastalgia cíclica com piora progressiva até a menopausa, onde os sintomas tendem a regredir, e podem reaparecer com o uso da terapia de reposição hormonal.

A nodularidade ou adensamento mamário, também pode ser cíclica ou acíclica, geralmente não está associada a patologia maligna e representa a resposta normal do parênquima mamário ao estímulo hormonal, podendo envolver toda a mama, assim como apenas uma área. É freqüentemente bilateral, podendo ser mais exacerbada em uma mama e pode, mas não necessariamente, estar associado a dor.

Os tumores mais encontrados nas AFBM são os cistos e os fibroadenomas. Frantz e col., em 1951, num estudo de necropsia em 225 mulheres, encontraram 19% com cistos ou microcistos mamários¹³. Na maioria das vezes é encontrado na fase de involução mamária, ou seja, em mulheres entre 35-50 anos¹⁴, podendo ou não ser doloroso, e estar associado a derrame papilar. Apresenta uma característica peculiar que é a variação de volume, e deve ser diferenciado do fibroadenoma, galactocele e do tumor maligno de mama.

Outra patologia considerada como uma anormalidade do desenvolvimento é o fibroadenoma. Greenberg e col., em 1998, citam que a incidência de fibroadenomas em mulheres examinadas em clínicas de mastologia foi de 7 a 13%¹⁵, englobando 50% de todas as biópsias de nódulos mamários¹³. Os fibroadenomas formam-se, usualmente, durante a fase de desenvolvimento mamário^{1,7,8,15}, são geralmente solitários e medem entre 1 a 2 cm. A maioria situa-se no quadrante superior externo, embora possam estar localizados em qualquer lugar da mama. Tem consistência elástica, é móvel e com superfície lisa, características comuns à outras massas benignas.

O terceiro elemento da tríade das AFBM é o derrame papilar, que ocorre em 5 a 10% das mulheres com queixas mamárias⁸. Muitas outras alterações podem apresentar derrame papilar, assim como os cistos e carcinoma de mama, mas a ectasia ductal e a papilomatose são as formas mais comumente associadas ao sinal.

Os aspectos psicológicos da patologia mamária exigem um conhecimento mais profundo e sério, não somente em relação às enfermidades em si, mas também da mulher como pessoa afetada por uma patologia que atinge um órgão muito importante tanto na sua estrutura corporal quanto na sua “feminilidade”. É pensando nesta preocupação, nesse medo da mutilação que atinge a mulher com sintomas mamários que devemos compreender a intensa ansiedade destas pacientes, e sobretudo esclarecê-las e tranquilizá-las.

OBJETIVO

Verificar as alterações mamárias, benignas e malignas, nas pacientes do Serviço de Mastologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, relacionando-as com a idade.

MÉTODO

Foram analisados os prontuários de 417 pacientes, atendidas no Serviço de Mastologia do Hospital Universitário (HU) e destes prontuários foram retirados os dados para o presente estudo: idade e diagnóstico. Para a pesquisa dos prontuários, foram solicitadas as agendas de consultas do referido ambulatório, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1998. Foram excluídas as pacientes assintomáticas e sem alterações no exame físico e/ou radiológico.

Fez-se um estudo descritivo, retrospectivo, corte transversal.

As informações coletadas foram armazenadas no programa Epi Info6.0 que executou a análise dos dados.

Para facilitar a análise, as pacientes foram agrupadas do seguinte modo:

1. AFBM: pacientes que receberam o diagnóstico de mastalgia, adensamento mamário, cistos, derrame papilar, ectasia ductal, papiloma, fibroadenoma, adenose esclerosante e hipertrofia mamária.
2. Carcinoma de mama: pacientes com diagnóstico confirmado.
3. Nódulos mamários benignos: pacientes com granuloma, lipoma ou aquelas receberam o diagnóstico de “nódulo mamário benigno”, devido a aparência clínica e radiológica de benignidade do nódulo.
4. Alterações mamográficas: alterações apenas na mamografia, como densidade assimétrica, cicatriz radiada, linfonodos intramamários e calcificações benignas.
5. Processos inflamatórios: crônicos (Abscesso subareolar crônico recidivante) e mastites.

6. Nódulos mamários em investigação: pacientes em investigação de nódulo mamário, que ainda não tinham diagnóstico definitivo no decorrer do ano de 1998.
7. Outras: gigantomastia, ginecomastia, mama acessória, mamas assimétricas e siliconoma.

RESULTADOS

Foram analisados 417 prontuários, 36 foram excluídos do estudo, por serem assintomáticas e não apresentarem alterações no exame físico ou no exame radiológico.

Portanto fizeram parte do estudo 381 pacientes, destes apenas três pacientes do sexo masculino.

Em relação a idade das pacientes, a média foi de 43,03 anos, sendo que a idade mínima foi de 10 anos e máxima de 88 anos. Observou-se que a maioria das pacientes (55%) encontravam-se na quarta e quinta década de vida.

Na tabela I encontra-se a relação das mastopatias no Ambulatório de Mastologia do HU.

TABELA I - Relação das alterações mamárias no Serviço de Mastologia do HU.

Patologias	Número	Porcentagem
Alterações Funcionais Benignas da Mama	170	44,6
Nódulos Mamários em Investigação	66	17,3
Carcinoma de Mama	63	16,6
Nódulos Mamários Benignos	32	8,4
Alterações na Mamografia	25	6,6
Processos Inflamatórios	12	3,1
Outros	13	3,4
Total	381	100

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário. Florianópolis - 1998

Na tabela II, encontra-se a relação dos diagnósticos por cada faixa etária, e na tabela III encontram-se os diagnósticos mais frequentes nas pacientes com AFBM.

TABELA II - Relação das alterações mamárias, segundo faixa etária

Idade (anos)	Patologias						
	Ca	NMB	NMI	PI	AFBM	Alt Mx	Outros
10 - 15	-	-	-	-	01	-	-
15 - 20	-	02	07	01	16	-	02
20 - 25	-	-	02	01	12	-	01
25 - 30	-	-	04	03	17	01	01
30 - 35	04	03	06	02	21	03	02
35 - 40	06	04	06	02	28	05	02
40 - 45	09	07	13	01	28	05	01
45 - 50	13	04	10	-	18	04	02
50 - 55	08	08	08	01	14	-	01
55 - 60	04	01	04	01	05	04	-
60 - 65	10	01	02	-	04	01	-
65 - 70	05	02	02	-	01	02	-
70 -	04	-	02	-	05	-	01
Total	63	32	66	12	170	25	13

Ca, carcinoma de mama; NMB, nódulo mamário benigno; NMI, nódulo mamário em investigação; PI, processos inflamatórios; AFBM, alterações funcionais benignas da mama; Alt Mx, alterações na mamografia.

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário. Florianópolis, 1998.

TABELA III - Relação das alterações funcionais benignas da mama, segundo faixa etária.

Idade (anos)	Manifestações clínicas					
	Mastalgia	Adensamento Mamário	Cisto	Fibroadenoma	Derrame Papilar	Outros
10 - 15	-	-	01	-	-	-
15 - 20	07	01	01	05	01	01
20 - 25	05	-	02	04	01	-
25 - 30	09	01	02	05	-	-
30 - 35	09	03	02	04	02	01
35 - 40	13	02	06	02	03	02
40 - 45	12	04	09	03	-	-
45 - 50	06	-	08	02	02	-
50 - 55	05	01	05	03	-	-
55 -	05	05	04	-	01	-
Total	71	17	40	28	10	04

Fonte: Pacientes do Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário. Florianópolis, 1998.

DISCUSSÃO

Não apenas o médico, mas também a paciente têm grande responsabilidade no diagnóstico das mastopatias, principalmente o câncer de mama, doença muito temida pela mulher, não só pela agressividade do tumor, mas pelo medo da mutilação que o tratamento pode causar. Por isso é muito importante que intensas campanhas educativas sejam feitas no sentido de alertar as mulheres, de maneira clara e informativa, para a importância do auto-exame, do exame médico periódico e da realização da mamografia, quando indicada.

A idade média das pacientes foi de 43,03 anos, mostrando-nos que as patologias mamárias atingem a mulher numa fase ativa de suas vidas, sendo raras no nosso estudo as doenças mamárias na infância (apenas uma). Na adolescente e na mulher jovem encontrou-se uma predominância de AFBM, sendo que o carcinoma de mama atingiu mulheres preferencialmente na quinta e sexta década.

Observou-se que as AFBM foram o diagnóstico mais freqüente (44,4%), e o foi principalmente na faixa etária entre 15 e 55 anos (90,5%), idade na qual a mulher encontra-se exposta a variações hormonais. Love e cols demonstraram que 50% de todas mulheres apresentam AFBM clinicamente e 90% histologicamente¹⁶. No Centro de Referência da Saúde da Mulher, em São Paulo, as AFBM foram responsáveis por 57% das consultas no Ambulatório de Mastologia (Piato, 1995)⁸.

Neste estudo não se encontrou nenhum caso de hiperplasia e apenas um caso de papiloma. Segundo Dupont e Page, estas lesões são importantes pois apresentam um risco maior, de 1,5 a 2 vezes, de evoluir para carcinoma de

mama, enquanto que a hiperplasia atípica apresentaria um risco 5 vezes maior de evoluir para malignidade¹⁷.

Dentre as AFBM o diagnóstico mais encontrado no nosso estudo foi o de dor mamária (71 pacientes), correspondendo a 41,7% dos casos. A mastalgia teve uma maior prevalência em mulheres entre 25 e 45 anos (60,5%). Hughes e cols citam o período de 25 a 40 anos como o de maior incidência da mastalgia, devido a ação hormonal cíclica exagerada a qual estas mulheres estão expostas¹.

No presente estudo, cistos mamários ocuparam o segundo lugar em frequência entre as AFBM (23,52%), sendo que 70% dos casos ocorreram entre 35 e 55 anos. Hughes e col referem que o diagnóstico de cistos mamários é mais frequente em mulheres entre 35 e 55 anos, por ser o período onde as mamas iniciariam sua involução^{1,14}. No Centro de Referência de Saúde da Mulher, os cistos foram responsáveis por 40% dos diagnósticos de AFBM em mulheres entre 40 e 45 anos (Piato, 1995)⁸.

O derrame papilar foi responsável por 5,8% dos diagnósticos de AFBM no nosso estudo. A incidência do derrame papilar varia entre 3%, segundo Haagensen (1971)⁷ e 10% em pacientes com problemas cirúrgicos de mama, segundo Leis (1970)¹⁸. Ele também ocorre entre 35 e 55 anos, na fase de involução ductal¹. Dos casos de derrame papilar do nosso estudo, 70% das pacientes tinham entre 30 e 55 anos. É importante valorizar o derrame papilar quando associado a nódulo sólido concomitante, presença de hemácias no fluxo papilar, aparência aquosa e em mulheres acima de 45 anos. Quando algum desses fatores estiver presente, a causa desse derrame deve ser cuidadosamente investigada, pela associação dos fatores supra citados com o carcinoma de mama.

O adensamento mamário, por sua vez, ocorre mais na fase reprodutiva (25 a 40 anos)¹, embora a maioria dos casos diagnosticados (52,9%) tenham sido no período de 30 a 45 anos e tivemos quatro casos (23,5%) em mulheres com mais

de 55 anos. Esse fato pode ter ocorrido pelo uso de reposição hormonal nestas mulheres ou por fatores hormonais intrínsecos das pacientes.

Outra alteração funcional que ocorre geralmente no período de desenvolvimento da mama atingindo, portanto, mulheres mais jovens, é o fibroadenoma. O seu crescimento mais rápido em gestantes e usuárias de contraceptivo hormonal oral são um indício da gênese hormonal deste tumor^{7,8}. Dentre as 381 pacientes, 28 (7,34%) tiveram o diagnóstico de fibroadenoma, o que corresponde há 16,4% das AFBM, embora o número possa ser maior se considerarmos que boa parte dos “nódulos mamários benignos” e dos “nódulos mamários em investigação” possam ser fibroadenomas.

Como já mencionado, a frequência dos fibroadenomas variam entre 7% a 13% em pacientes examinadas em clínicas de Mastologia¹⁵. Dent em 1988, cita uma incidência de 9% em necrópsias¹⁹. Frantz (1951) relatou que os fibroadenomas são responsáveis por 50% de todas as biópsias de mama, aumentando para 75% em mulheres com menos de 20 anos¹³. Encontrou-se neste estudo, 64,2% dos casos em mulheres entre 15 e 35 anos, sendo que a idade média foi de $32,53 \pm 2,1$ anos, um pouco acima daquela observada por Hindle e Alonzo (1991) de 28,5 anos²⁰, mas Haagensen (1971) observou uma idade média entre suas pacientes de 31 anos⁷.

Os Processos Inflamatórios (abscesso subareolar crônico recidivante e mastite aguda) formaram 3,1% das pacientes do Ambulatório de Mastologia do HU, e em 58,3% dos casos atingiram mulheres entre 25 e 40 anos, o que nos mostra que essas patologias atingem principalmente mulheres em seu período reprodutivo. No Serviço de Mastologia do Centro de Referência de Saúde da Mulher, formaram 5% das consultas (Piato, 1995)⁸.

A alta incidência do carcinoma de mama na nossa casuística (16,4%), deve-se, provavelmente, ao fato de tratar-se de um dos ambulatórios especializados e de referência do Estado de Santa Catarina.

Todas as pacientes com câncer de mama estavam com idade superior a 30 anos no momento da consulta, idade na qual sabe-se que ocorre um aumento progressivo na incidência da neoplasia. O maior número de pacientes foi na faixa etária entre 40 a 65 anos totalizando 69,8% de todas as pacientes com carcinoma de mama. A literatura cita a incidência máxima entre a quinta e sexta décadas⁷. A média de idade no nosso estudo foi de $52,5 \pm 1,5$ anos. Um estudo entre mulheres americanas, feito por Thune e col em 1997, apresentou uma idade média de diagnóstico de 54,7 anos²¹, já Abedamowo em 1999, num estudo entre as mulheres nigerianas encontrou uma média de idade de 43 anos²². Deve-se lembrar que embora o pico de incidência seja entre a quinta e sexta década, com o aumento da faixa etária ocorre também um aumento no risco do câncer de mama.

A incidência do câncer de mama têm aumentado gradualmente, embora a mortalidade se mantenha constante. O diagnóstico precoce da neoplasia seria um meio eficaz para diminuição da mortalidade, a qual no Estadio I, em 5 anos é de 15%, passando para 90% no Estadio IV⁸. Mas infelizmente não dispomos de um exame similar ao preventivo realizado para o colo de útero no caso da mama.

Na pós-menopausa parece que influências regionais – ambientais, étnicas nutricionais - são tão, ou até mesmo mais importantes na gênese do carcinoma de mama, que os fatores hormonais^{7,23,24}. Prova disso são as inúmeras diferenças regionais na incidência desta patologia, e o fato de que se uma mulher de uma região de baixa incidência passa a residir numa de alta incidência, o risco desta mulher ter câncer de mama aumenta.

Em 1995 a expectativa era de 33.750 casos novos de câncer de mama no Brasil e neste mesmo período 5.950 óbitos foram previstos²⁴. Para o ano de 1999, foram estimados 31.200 casos novos, no entanto a estimativa para o número de óbitos aumentou para 7.300. A taxa bruta por 100.000 mulheres ficou

em 39,58. Em Santa Catarina a taxa de mortalidade por 100.000 mulheres em 1996 ficou em 8,4, já no Rio Grande do Sul essa taxa se eleva para 14,5, em São Paulo 15,2²⁵.

Em 1963, foi criada na cidade de New York, o “Health Insurance Plan of Greater New York”, isto é, um programa de rastreamento em massa para câncer de mama, onde um grupo de mulheres entre 40-64 anos era submetido a três exames médicos periódicos anuais e uma mamografia. O grupo controle não seguia nenhum tipo de protocolo. Dentre os resultados obtidos detectou-se 2,72 casos de câncer de mama por 1.000 mulheres examinadas, contra 1,96 no grupo controle. Em sete anos ocorreram 108 mortes no grupo controle e 70 no grupo de estudo. A redução de um terço na mortalidade persistiu após oito anos de acompanhamento. Após 18 anos de estudo detectou-se uma redução na mortalidade pelo câncer de mama de 25%, Concluiu-se também neste estudo, que um terço dos casos de carcinoma não seriam detectados se a mamografia fosse excluída do programa²⁶.

Esse trabalho nos ajuda a concluir com maior ênfase a importância da realização da mamografia aliada ao exame médico para a detecção precoce da neoplasia. Em lesões palpáveis da mama a punção do nódulo também entra como um método propedêutico essencial, formando assim o tripé do diagnóstico dos nódulos palpáveis. O diagnóstico do câncer de mama nunca deverá ser uma surpresa cirúrgica, devendo ser bem investigado na propedêutica pré-operatória²⁷.

A Sociedade Americana do Câncer recomenda o auto exame das mamas mensalmente e um exame clínico periódico a cada três anos em mulheres entre 20 e 40 anos. A partir dos 40 anos o exame clínico e a mamografia devem ser anuais. O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), recomenda uma mamografia de base aos 35 anos, a cada 2 ou 3 anos entre 40 e 50 e anualmente após esta idade¹⁴. Em mulheres com fatores de risco, o

acompanhamento anual pode começar mais cedo. Não existe, portanto um meio de prevenção da doença, mas existe sim uma nítida relação entre diagnóstico precoce e o aumento da sobrevida das pacientes, fato esse que deve ser divulgado entre as mulheres, para desmistificar o câncer e incentivá-las a procurar o serviço médico, também no sentido prevencionista.

As alterações na mamografia foram responsáveis por 6.6% do total de pacientes estudadas. Muitas destas pacientes foram encaminhadas de outros ambulatorios, inclusive de outros serviços para avaliação especializada da alteração da mamografia, compostas em sua maioria por calcificações benignas e linfonodos intra mamários.

Infelizmente, os nódulos mamários em investigação tiveram uma porcentagem muito alta de pacientes (17,3%). Isso é preocupante, deve-se à excessiva dificuldade da paciente em conseguir realizar o exame solicitado. Em outros casos mesmo com o exame, encontra dificuldade para marcar um retorno ao consultório médico e ainda devemos considerar aquelas pacientes que não retornam por descaso, talvez por não compreenderem a gravidade da patologia a qual possam estar expostas.

CONCLUSÃO

As alterações mamárias foram:

1. AFBM: responsáveis por 44,6% das pacientes, sendo que 90,5% tinham idade entre 15 e 55.
2. Os nódulos mamários em investigação, foram responsáveis 17,3% de todas as pacientes, sendo que 65,1% das pacientes tinham idade entre 30 e 55 anos.
3. Carcinoma de mama: com 16,6% das pacientes. Nesta patologia 69,8% das pacientes estavam na faixa etária entre 40 e 65 anos.
4. Nódulos mamários benignos: ocuparam a terceira posição, com 6,6% das pacientes. A faixa etária mais atingida foi entre 30 e 55 anos (81,2%).
5. Alterações mamográficas: 25 pacientes, sendo que 72% se encontravam na faixa etária entre 35 e 60 anos.
6. Processos Inflamatórios: com apenas 12 pacientes 58,3% delas com idade entre 25 a 40 anos.

Conclui-se portanto, que diferentes patologias mamárias atingem diferentes faixas etárias, estando intimamente relacionadas com a fase do ciclo reprodutivo, e conseqüentemente com as variações hormonais, pela qual a mulher está passando.

REFERÊNCIAS

1. Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. Aberration of normal development and involution: a new perspective on pathogenesis and nomenclature of benign breast disorders. *Lancet* 1987;11:1316-1319.
2. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999;80:827-41.
3. Parker S, Tong T, Bolden S, Wingo P. Cancer statistics. *CA: A journal for Clinicians* 1997;47:5-27.
4. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. *Int J Cancer* 1993;54:594-606.
5. Ihekweaba FN. Breast cancer in Nigerian women. *Br J Surg* 1992;79:771-775.
6. Moraes MF. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil em 1998. *Revista Brasileira de Cancerologia* 1998;44(1):5-6.
7. Haagensen CD. *Diseases of the Breast*. 2nd ed. Philadelphia PA: W.B. Saunders 1971;12:212-213p.
8. Piatto S. *Mastologia*. 1^a ed. São Paulo: Roca 1995;81-123p.
9. Colditz G, Hankinson S, Hunter D, Willett W, Manson J, Stampfer M, Hennekens C, Rosner B, Speizer F. The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1995;332:1590-1593.
10. Leinster SJ, Whitehouse GH, and Walsh PV. Cyclical mastalgia: clinical and mammographic observations in a screened population. *Br J Surg* 1987;74:220-222.
11. Ader DN, Browne MW. Prevalence and impact of cyclical mastalgia in a U.S. clinic-sample. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:126-132.
12. Ader DN, and Shriver CD. Cyclical Mastalgia: Prevalence and impact in a outpatient breast clinic sample. *J Am Coll Surg* 1997;185:466-470.

13. Frantz VK, Pivkern W, Anchincoloss JR. Incidence of chronic cystic disease in so-called normal breast: a study based on 225 post mortem examinations. *Cancer* 1951;4:762-7.
14. Zylstra SMD. Office management of benign breast disease. *Clin Obstet Gynecol* 1999;42:234-248.
15. Greenberg R, Skornick Y. Manegement of breast fibroadenomas. *J Gen Intern Med* 1998;13:640-645.
16. Love SM, Gelman RS, Silen W. Fibrocystic "disease" of the breast –A nondisease. *N Engl Med* 1982;307:1010-1014.
17. Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med* 1985;312:146-151
18. Leis HP. Nipple Discharge: significance and treatment. In: Morrison C. The significance of nipple discharge: diagnosis and treatment regime. *Linppincotts Prim Care Pract* 1998;2:129-140.
19. Dent DM, Hacking EA, Wilkie W. Benign breast disease clinical classification and disease distribuition. *BR J Clin Pract* 1988;42:69-71.
20. Hindle WH, Alonzo LJ. Conservative managemant of breast fibroadenomas. *Am J Obstet Gynec* 1991;164:1674.
21. Thune I, Brenn T, Lund E, Gaard M. Physical activity and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 1997;336:1269-75.
22. Abedamowo CA; Adekunle OO. Case-controlled study of the epidemiological risk factors for breast cancer in Nigeria. *Br J Surg* 1999;86:65-66.
23. Pinotti JA, Teixeira LC. Câncer de Mama: Importância, Epidemiologia. In: Halbe HW e editores. *Tratado de ginecologia*. 2nd ed. São Paulo: Roca 1993;164:1711-1718p.
24. Menke CH, Biazus JV, Cavaleiro JÁ, Rabin EG. Patologia maligna da mama. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP e editores. *Rotinas em Ginecologia*. 3th ed. Porto Alegre: Artes Médicas 1997 25:241-242p.
25. Instituto Nacional do Câncer. Epidemiologia: mortalidade e incidência. 1999;3 telas. Obtido em <http://www.inca.org.br/epidemiologia>
26. Shapiro S. Periodic screening for breast cancer: the HIP randomized controlled trial Health Insurance Plan. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1997;22:27-30

27. Crippa CG, Dellagiustina AR, Traebert EE, Wilkens RS. Patologia Benigna da Mama. In: Fedrizzi EN, e editores. Manual de Terapêutica Ginecologia e Obstetrícia. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina 1997;22:72-80p.

RESUMO

A incidência do câncer de mama está aumentando em todo o mundo, entretanto, muito mais mulheres apresentarão patologias benignas da mama. O objetivo deste estudo foi verificar as alterações mamárias nas pacientes do Serviço de Mastologia do Hospital Universitário (Florianópolis), relacionando-a com a idade da paciente, durante o ano de 1998. Foram pesquisados os prontuários das pacientes atendidas em 1998. Pacientes com exame físico ou mamografia normais e assintomáticas, foram excluídas do estudo. Foram coletadas informações sobre: idade, e diagnóstico final no ano de 1998. Tivemos 417 prontuários, 36 excluídos, restando 381 pacientes. O alterações mamárias encontradas foram as Alterações Funcionais Benignas da Mama com 170 pacientes (44,6%), atingindo, em 90,5% dos casos, mulheres entre 15 e 55 anos. O Carcinoma de Mama atingiu 63 pacientes (17,3%), sendo que 69,8% tinham entre 40 a 65 anos. Os Nódulos Benignos foram diagnosticados em 32 pacientes (8,4%), predominaram na faixa de 30 a 55 anos (81,2%). Alterações Mamográficas estavam presentes isoladamente em 25 pacientes (6,6%), 72% delas com idade entre 35 e 60 anos. Doze (3,1%) pacientes apresentavam Processos Inflamatórios, com idade entre 25 a 40 anos em 58,3%. Os Nódulos Mamários em Investigação englobaram nódulos que não tiveram diagnóstico definitivo em 1998, com 66 pacientes (17,3%). Conclui-se que as alterações mamárias têm uma íntima relação com a fase do ciclo reprodutivo da mulher. Observamos uma alta incidência do Câncer de mama, pois este serviço é referência para vários municípios do Estado.

SUMMARY

The incidence of breast cancer is increasing worldwide, however, many more women will present benign breast disorders. The aim of this study was to check the breast disorders in the patients of the University Hospital Breast Clinic, at Florianópolis (Brazil), connecting the breast disorder with the patient's age, in 1998. The patient's medical files attended in 1998 were examined. Patients with normal physical examination and mammography and without symptoms, were excluded. We collected information about: the patient's age and the final diagnosis in 1998. We had 417 medical files, 36 were excluded, thus we had 381 patients. The most frequent breast disorder was Aberration of Normal Development and Involution (ANDI), with 170 patients (44,6%), aiming in 90.5% of the cases women aged 15-55 years. The Breast Cancer aimed 63 patients (17.3%), 69.8% were between 40 and 65 years old. The benign breast lumps were diagnosed in 32 patients (8.4%), they were more frequent (81.25%) between 30 and 55 years old. Mammography alterations only, were seen in 25 patients (6.6%), 72% aged 35-60 years. Twelve patients (3.1%), had inflammatory process, 58.3% aged 25-40 years. Lumps in investigation, that didn't have a diagnosis in 1998, had 66 patients (17.3%). It is concluded that the breast disorders had a deeply relation with the women's reproductive phase.

ANEXO

TABELA I - ANDI: Alterações do normal desenvolvimento e involução da mama.

Período reprodutivo	Processo normal	Alteração	Quadro Clínico	Doença
Desenvolvimento (15 a 25 anos)	Formação lobular	Fibroadenoma	Nódulo	FA gigante
	Formação estromal	Excesso de Estroma	Hipertofia Juvenil	
	Formação ductal	Inversão Mamilar		
Reprodutivo Tardio (25 a 40 anos)	Ação hormonal cíclica	Efeitos hormonais exagerados	Mastalgia nodularidade	
Involução (35 a 55 anos)	Involução lobular	Macroscisto	Tumor cístico	
		Adenose	Alteração	
		Esclerosante	mamográfica	
	Involução ductal	Ectasia ductal	Fluxo papilar	Mastite peri ductal com abscesso
		Fibrose peri-ductal	Retração da papila	
	Reepitelização Da luz	Hiperplasia moderada	Fluxo papilar Achado Histológico	Hiperplasia com atipia

Fonte: Piato, S. Mastologia. (1th ed) São Paulo: Roca, 1995.

Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. Aberrations of normal development and involution (ANDI): a New perspective on pathogenesis and nomenclature of benign breast disorders. Lancet. 1987;11:1316-9.

**TCC
UFSC
TO
0289**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0289

Autor: Santos, Ana Carla

Título: Alterações mamárias nas paciente



972813196

Ac. 254419

Ex.1 UFSC BSCCSM